

**USTED PODRIA SER ELEGIBLE PARA RECIBIR
CUPONES PARA ALIMENTOS DENTRO DE 7 DIAS!!**

SI YO ESTOY SOLICITANDO CUALQUIER OTRA AYUDA, COMO AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO O MEDICAID, O SI HAY MÁS DE TRES PERSONAS INCLUYENDOME A MI EN MI CASA, YO DEBO COMPLETAR UNA FORMA DE SOLICITUD DIFERENTE.

POR FAVOR APUNTE LA SIGUIENTE INFORMACION:

Cantidad que usted paga cada mes por renta o hipoteca: #1 _____

Cantidad que usted paga cada mes por las utilidades: #2 _____

NOTA:

- Si usted paga por calefacción O usted tiene un acondicionador de aire y paga por electricidad O usted recibió un cheque del Programa de Asistencia para Energía el año pasado en esta dirección o su propietario le cobra dinero adicional por aire acondicionado, entre \$450.

Si ninguna de las de arriba aplica a usted pero usted paga por cualquiera de los siguientes:

- Electricidad, gas para cocinar, recogido de basura, agua, alcantarillado, mantenimiento séptico, entre \$242.
- Si usted paga SOLAMENTE por una factura mensual de teléfono, entre \$23.

Sume #1 y #2

(Total de #1 y #2)

¿Cuál es su ingreso mensual total antes de las deducciones (impuesto, FICA, primas de Medicare)?:

#3 _____

¿Cuánto tiene usted en bienes realizables?

#4 _____

Los bienes realizables incluyen: cuentas bancarias, dinero en efectivo, certificados de depósitos, IRAs, planes de Keogh, acciones o bonos.

Sume #3 y #4

(Total de #3 y #4)

AHORA POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Son sus costos totales para renta o costos de hipoteca más las utilidades (Total de #1 y #2) más que su ingreso mensual antes de las deducciones más los bienes realizables (Total de #3 y #4)?
 Sí No (Marque Uno)
2. ¿Es su ingreso mensual total del hogar menos de \$150 antes de las deducciones y sus bienes realizables \$100 o menos? Sí No (Marque Uno)
3. ¿Es usted un trabajador migratorio o un trabajador de granja estacional y son sus bienes menos de \$100? Sí No (Marque Uno)

Si USTED CONTESTO "SI" A CUALQUIERA DE ESTAS 3 PREGUNTAS, USTED PUEDE SER ELEGIBLE A CONSEGUIR SUS CUPONES PARA ALIMENTOS DENTRO DE 7 DIAS DEL DIA USTED ARCHIVA SU SOLICITUD EN LA OFICINA REGIONAL. POR FAVOR LLENE LA FORMA DE SOLICITUD ADJUNTA Y VAYA INMEDIATAMENTE A SU OFICINA LOCAL DE DSS PARA APLICAR. USTED PODRIA SER ELEGIBLE PARA CUPONES PARA ALIMENTOS AUNQUE NO CONTESTARA "SI" A NINGUNA DE LAS PREGUNTAS. LLENE LA FORMA DE SOLICITUD Y ENVIELA O LLEVELA TAN PRONTO POSIBLE A SU OFICINA LOCAL DE DSS.

TRAIGA IDENTIFICACION
(Licencia de conducir, certificado de nacimiento, etc.)

Oficinas Regionales de DSS

| | |
|-----------------------------------------|------------------|
| Oficina Regional de Hartford..... | 860 - 723 - 1000 |
| 3580 Main Street, 06120 | |
| Sub-Oficina de Manchester..... | 860 - 647 - 1441 |
| 699 E. Middle Tpke., Manchester, 06040 | |
| Sub-Oficina de New Britain..... | 860 - 612 - 3400 |
| 270 Lafayette St., New Britain, 06053 | |
| Oficina Regional de Norwich..... | 860 - 823 - 5000 |
| 401 W. Thames St., #102, Norwich, 06360 | |
| Oficina Regional de Waterbury..... | 203 - 597 - 4000 |
| 249 Thomaston Ave., Waterbury, 06702 | |
| Sub-Oficina de Danbury..... | 860 - 207 - 8900 |
| 342 Main St., Danbury, 06810 | |
| Sub-Oficina de Torrington..... | 860 - 496 - 6900 |
| 62 Commercial Blvd., Torrington, 06790 | |
| Oficina Regional de New Haven..... | 203 - 974 - 8000 |
| 194 Bassett St., New Haven, 06511 | |
| Sub-Oficina de Middletown..... | 860 - 704 - 3100 |
| 117 Main St. Ext., Middletown, 06457 | |
| Oficina Regional de Bridgeport | 203 - 551 - 2700 |
| 925 Housatonic Ave., Bridgeport, 06606 | |
| Sub-Oficina de Stamford..... | 203 - 251 - 9300 |
| 1642 Bedford St., Stamford, 06905 | |
| Sub-Oficina de Willimantic..... | 860 - 465 - 3500 |
| 670-676 Main St., Willimantic, 06226 | |

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Enliste Personas por las cuales usted está solicitando por Cupones para Alimentos: Este seguro a completar para usted también.

| Nombre | Relación con Solicitante | Fecha de Nacimiento | Raza | # Seguro Social <small>*(opcional si ud. no está solicitando para ud. mismo)</small> | Sexo (Marque Uno) |
|--------|--------------------------|---------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| | Yo mismo | | | * | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |

¿Está usted casado(a)? Sí No Separado (marque uno) Si es sí, nombre del esposo(a) _____

¿Hay alguien en su hogar que tiene 60 años de edad o mayor o una persona con una incapacidad?

Sí No (marque uno) ¿Quién? _____

¿Tiene esa persona costos médicos que paga de su bolsillo? Sí No (marque uno)

Tipo de gastos medicos _____ \$ _____ /mes Fecha de vencimiento del pago: _____

¿Vive otra persona con usted fuera de las que indicó en las páginas 2 a 5? Sí No Si es Sí, complete la sección de abajo:

| Nombre | Relación con Ud. | Indique si esta persona: | Cantidad que paga |
|--------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Comparte los gastos <input type="checkbox"/> Paga por cuarto y comidas <input type="checkbox"/> Cocina y come con Ud. <input type="checkbox"/> Solamente paga por el cuarto | |
| | | <input type="checkbox"/> Comparte los gastos <input type="checkbox"/> Paga por cuarto y comidas <input type="checkbox"/> Cocina y come con Ud. <input type="checkbox"/> Solamente paga por el cuarto | |

REPRESENTATIVOS AUTORIZADOS

¿Desea usted nombrar a alguien para ayudarle a completar la solicitud, obtener avisos, comprar por usted, etc.?

Sí No (marque uno)

¿Está usted haciendo esta solicitud como un representante autorizado para alguien? Sí No (marque uno)

Si usted ha contestado "Sí" a cualquiera de las preguntas, complete la siguiente sección:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Tipo de Representativo: <input type="checkbox"/> Papeles <input type="checkbox"/> Compra (Marque todas las que apliquen) | Nombre: Dirección: Número de Teléfono: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

¿Ha usted o cualquiera en su casa recibido Cupones para Alimentos en otro estado dentro de los últimos 90 días?

Sí No (marque uno) ¿Cuál estado? _____

ESTUDIANTES

¿Hay algunos estudiantes (tiempo-completo o tiempo-parcial) en su hogar mayor de 18 años de edad?

Sí No (marque uno) Si es sí, complete esta sección.

| Nombre de Estudiante | Escuela/Programa | # Semestre Horas: | Fecha Esperada de Graduación: |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Cuotas Mandatarias & Precio | ¿Está este estudiante en un plan de comida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene este estudiante un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿cuántas horas por semana? _____ | |

¿Está este estudiante recibiendo fondos federales de estudio y trabajo? Sí No (marque uno)

Si es Sí, ¿cuántas horas? _____

¿Recibe este estudiante cualquier donación educacional, préstamos, y beca, incluyendo estudio y trabajo?

Sí No (marque uno) Si es sí, usted debe completar la forma W-1471 la cual pregunta información más específica de la escuela.

INFORMACION NO-CIUDADANO

Nota: Usted es solamente requerido a darnos información de ciudadanía por las personas en su hogar por las cuales usted está solicitando por Cupones para Alimentos (incluyéndose usted mismo).

Si usted o alguien en su hogar por el cual este solicitando por Cupones para Alimentos no es ciudadano, favor de darnos la siguiente información:

| Nombre | País de Origen | Fecha de Entrada a los E.U. | Fecha de Entrada a Connecticut | Estado de INS Y I-94 Número de Registración | Nombre, Dirección, Número de Teléfono y Relación del Patrocinador |
|--------|----------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

VETERANOS

Si alguien en su hogar es un veterano, o un esposo(a), viuda(o) o niño de un veterano, favor de dar la siguiente información:

| Nombre del Miembro del Hogar | Nombre del Veterano | Relación con Veterano | Número de Servicio Militar | Número de Reclamación de la Administración de Veteranos |
|------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

BIENES

Enliste todos los bienes que usted posee o cualquiera en su hogar, o qué están en su nombre o el nombre de cualquiera en su casa aun cuando es poseído por alguien más. Ejemplos de bienes en adición a aquellos enlistados más abajo como: acciones, bonos, depósito, anualidades, cuentas de retiro tales como IRAs, Keogh, fondos de entierro revocable, pagos de suma total, e hipotecas pagados a usted.

| Tipo de Bienes | Dueño | # Cuenta/Póliza | Descripción | \$ Valor |
|-------------------------|-------|-----------------|-------------|----------|
| Dinero en Efectivo | | | | \$ |
| Cuenta de Ahorro | | | | \$ |
| Cuenta de Cheque | | | | \$ |
| Certificado de Depósito | | | | \$ |
| Otro | | | | \$ |

VEHICULOS DE MOTOR

| Dueño | Marca | Modelo | Año | \$ Valor | Usado por: |
|-------|-------|--------|-----|----------|------------|
| | | | | \$ | |
| | | | | \$ | |

TRANSFERENCIA DE BIENES

¿Ha usted o alguien en su hogar comprado, cerrado una cuenta, negociado, regalado, o transferido propiedad de cualquier vehículo de motor, cuentas bancarias, propiedades, acciones, bonos o dinero en efectivo durante los últimos noventa (90) días? Sí No (marque uno) Si es sí, ¿qué, cuando, a quien y por cuanto?

INGRESO

Favor de enlistar el ingreso bruto (ingreso **antes** de las deducciones) recibido por usted o alguien más por el cual está solicitando Cupones para Alimentos. **Algunas fuentes de ingreso son ingreso, bruto del Seguro Social** (incluyendo su Prima de Medicare de la Parte B), SSI, salarios, pensiones, anualidades, beneficios de incapacidad, **Compensación de Trabajador, pensión tras divorcio, intereses, Compensación por Desempleo, dividendos, ingreso de renta de propiedad, manutención de menores, etc.**

| Nombre de Persona Recibiendo Ingreso | Fuente (Escriba nombre de patrón si esta trabajando) | Cantidad | Frecuencia de Recibo (Semanal, Mensual, Trimestre) | Día de la Semana o Mes Recibido |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------|---------------------------------|
| Yo mismo | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |

¿Ha usted o cualquiera en su casa dejado un trabajo dentro de los últimos 60 días? Sí No

Si es sí, ¿cuál es el nombre y dirección del patrón? _____

¿Cuál fue la última fecha que usted trabajó? _____

¿Cuál fue la fecha del último sueldo que usted recibió? _____

ARREGLOS DE VIVIENDA Y GASTOS DE HOSPEDAJE

Marque uno de los siguientes que más claramente describa su tipo de arreglo de vivienda:

Hogar Propio _____ Renta _____ Vive con alguien y no pagando _____ / pagando _____
 Sin hogar _____ Renta un cuarto (incluyendo comidas) _____ / (Comidas no incluidas) _____

Escriba las cantidades por las que usted es cargado pagar mensualmente por los siguientes gastos:

Renta \$ _____ Hipoteca \$ _____ Cuotas de Condominio \$ _____
 Impuestos \$ _____ Seguro \$ _____ Mantenimiento \$ _____

¿Recibe usted algún tipo de asistencia de renta o vivienda, tal como Sección 8, HUD, o Asistencia de Alquiler del Estado?

Sí No (marque uno) Si es sí, cantidad que **usted paga** al propietario \$ _____

¿Paga usted por calefacción? Sí No (marque uno)

¿Tiene usted un acondicionador de aire y paga por electricidad? Sí No (marque uno)

¿Recibió usted un cheque del Programa de Asistencia para Energía durante el año pasado en esta dirección?

Sí No (marque uno)

¿Paga usted por cualquiera de las siguientes utilidades: electricidad, gas para cocinar, recogido de basura, agua, alcantarillado, mantenimiento séptico? Sí No (marque uno)

¿Paga usted una factura mensual de teléfono (residencial o celular)? Sí No (marque uno)

Si usted renta, Favor de darnos la siguiente información sobre el propietario.

Nombre: _____ # de Teléfono: _____

Dirección: _____

CUIDADO DE DEPENDIENTE

¿Usted o alguien en su hogar le paga a alguien por cuidar de un niño o adulto incapacitado así usted, o alguien en su hogar puede trabajar, asistir a un entrenamiento o buscar por un trabajo? Sí No Si es sí, conteste lo siguiente:

| Nombre (Para quien es el cuidado diurno) | Costo por Semana | Nombre y Dirección del Proveedor | Número de Teléfono |
|------------------------------------------|------------------|----------------------------------|--------------------|
| | \$ | | |
| | \$ | | |
| | \$ | | |
| | \$ | | |

¿Paga el Estado por su cuidado de dependientes? Sí No Si es sí, ¿cuánto? \$ _____

CRIMINALES QUE ESCAPAN

Personas que son criminales que escapan o violan libertad provisional o probación no pueden obtener Cupones para Alimentos mientras ellos continúen escapando de las autoridades de la ley. ¿Es usted o alguien en su hogar un criminal escapando o violando libertad provisional o probación? Sí No Si es Sí, favor de explicar.

DEDUCCION DE MANUTENCION DE MENORES

¿Paga usted o cualquier otro miembro de su hogar manutención de menores **ordenado por corte** a alguien que no es un miembro de hogar por un niño(s) que no es un miembro de su hogar? Sí No (marque uno) Si es sí, complete una de las siguientes secciones para cada persona **a quien usted paga** la manutención de menores.

1) Nombre del miembro del hogar que paga la manutención de menores: _____
Nombre y dirección de la persona a quien usted envía los pagos de manutención de menores: (Si usted hace pagos a un estado, enliste el estado y número de caso.)

Nombre: _____

Dirección: _____

Pagos al Estado: Estado: _____ # de Caso: _____

Nombre y fecha de nacimiento del niño(s) por quien usted paga manutención de menores:

| <u>Nombre</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> | <u>Nombre</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> |
|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Cuál es la cantidad de manutención de menores que ha sido ordenado por la corte cada mes?
\$ _____ ¿Con que frecuencia vence la manutención? _____

¿Cuánta es la cantidad de manutención de menores que paga usted **actualmente** cada mes?
\$ _____ ¿Paga usted con retención de salario? Sí No (marque uno)

Favor de anotar el número de caso de su talonario de cheque de manutención de menores. _____

2) Nombre del miembro del hogar que paga la manutención de menores: _____
Nombre y dirección de la persona a quien usted envía los pagos de manutención de menores. (Si usted hace pagos a un estado, enliste el estado y número de caso.)

Nombre: _____

Dirección: _____

Pagos al Estado: Estado: _____ # de Caso: _____

Nombre y fecha de nacimiento del niño(s) por quien usted paga manutención de menores:

| <u>Nombre</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> | <u>Nombre</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> |
|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Cuál es la cantidad de manutención de menores que ha sido ordenado por la corte?
\$ _____ ¿Con que frecuencia vence la manutención? _____

¿Cuánta es la cantidad de manutención de menores que paga usted **actualmente** cada mes?
\$ _____ ¿Paga usted con retención de salario? Sí No (marque uno)

Favor de anotar el número de caso de su talonario de cheque de manutención de menores. _____

Por favor Note:

- Si usted no puede llegar a la oficina de DSS local, por favor llame a su trabajador(a) y pida que su entrevista se haga por el teléfono.
- Usted también puede pedir que se envíen a usted por correo su tarjeta de EBT y el número PIN.
- No reportar o verificar los gastos actuales incurridos por su hogar será visto como una declaración que usted no quiere recibir una deducción aceptable para ese gasto.

Yo juro que yo y las otras personas para quien yo estoy pidiendo beneficios somos ciudadanos de los Estados Unidos o, en el evento de que cualquiera de nosotros no lo es, que la información que yo le he proporcionado al estado concerniente a cualquiera de no-ciudadano es verdad.

Yo entiendo y acepto a lo siguiente:

- Yo debo notificar al Departamento de Servicios Sociales dentro de 10 días de cualquier cambio en el ingreso, recursos o arreglos de vivienda.
- Yo puedo pedir una Audiencia Justa oralmente o por escrito si yo no estoy de acuerdo con una acción asumida en mi caso.
- Toda la información dada en esta forma está sujeto a la comprobación por oficiales federales, estatales, y locales.
- Toda la información dada en esta forma es confidencial y **sólo** se usará para los propósitos de la administración del Programa de Cupones para Alimentos, con una excepción. Oficiales que imponen la ley pueden obtener del Departamento de Servicios Sociales la dirección, número del Seguro Social y fotografía de cualquier persona que recibe Cupones para Alimentos cuando sa persona es un criminal huyendo la ley o violando libertad provisional o probación. También pueden obtener esta información de una persona que sepa algo de delitos mayores.
- Los Números del Seguro Social de todas las personas en mi casa que desean recibir los Cupones para Alimentos se usarán para verificar identidad y elegibilidad. Las personas que viven conmigo pero que no van a recibir los Cupones para Alimentos no tienen que darnos sus Números del Seguro Social. Sin embargo, si ellos desean hacerlo para que pueda ser más fácil de verificar su ingreso y acelerar el proceso de la solicitud. Los Números del Seguro Social también se cruz-emparejarán contra archivos del gobierno federal, estatal, y locales por la computadora, a excepción de INS.
- Información con respecto a pagos de manutención de menores que se hacen al Estado en nombre de mi niño puede ser verificado con la Oficina de Imposición de Manutención de Menores.
- Yo debo cooperar con el estado y el personal federal en una Revisión de Control de Calidad.
- Si yo miento sobre mi identidad, o donde yo vivo, yo no podré conseguir los Cupones para Alimentos por diez años.
- La información disponible al Estado a través del Ingreso y Sistema de Comprobación de Elegibilidad (IEVS) será pedida y usada para procesar mi petición por asistencia. Esta información vendrá del Departamento del Trabajo, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Renta Interna así como otras agencias, cuando es permitido por la ley. Información recibida puede ser verificada directamente con otras fuentes como las bancos y empleadores. Los resultados de tal verificación pueden afectar la elegibilidad de mi casa y nivel de beneficios.
- Si yo dejo mi trabajo, o redujo mis horas sin una causa buena, yo no seré inelegible para los Cupones para Alimentos. La primera vez yo seré inelegible por tres meses. La segunda vez, yo seré inelegible por seis meses. La tercera vez yo seré inelegible para siempre.
- Mi solicitud para y recibo de mis beneficios de Cupones para Alimentos es una registración para empleo para mi y todos los miembros de mi unidad de asistencia de Cupones para Alimento quienes están requeridos a registrar.
- Si yo no sigo las reglas de Empleo y Entrenamiento de Cupones para Alimentos, yo seré inelegible para Cupones para Alimentos. La primera vez yo seré inelegible por tres meses. La segunda vez y a partir de entonces yo seré inelegible por seis meses.
- Si yo rompo a propósito una regla de Cupones para Alimentos, yo soy inelegible a conseguir Cupones para Alimentos. La primera vez que yo rompo una regla yo seré inelegible por un año. La Segunda vez yo seré inelegible por dos años. La tercera vez yo seré inelegible para siempre.
- Si yo soy encontrado(a) culpable de estar traficando en Cupones para Alimentos por más de \$500, yo no puedo obtener otra vez para siempre los Cupones para Alimentos. Traficando en Cupones para Alimentos significa vendiendolos en vez de estar usandolos para comprar alimentos.
- Si yo soy encontrado(a) culpable de comprar drogas ilegales con los Cupones para Alimentos, yo no puedo obtener Cupones para Alimentos por dos años.
- Si yo empleo intencionalmente el mal uso de una tarjeta de Transferencia de Beneficio Electrónico (EBT), yo ya no puedo obtener Cupones para Alimentos. Yo también puedo ser multado hasta por \$250,000 o enviarme a la cárcel por hasta 20 años o ambos. El mal uso de una tarjeta de EBT significa alterar, vendiendo, o comerciar una tarjeta, usando a alguien más la tarjeta sin permiso o intercambiando beneficios.